

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONDOVI'
D.E.A. Tel. n.0174 677242 677243

VERBALE DI DIMISSIONE N. :		0101242023000281	Data/Ora accettazione:		25/09/2023 17:47
Cognome:	PROVA	Nome:	PROVA	Sesso:	M
Nato il:	01/01/1920	a:	ALBA	Prov.	CN
Residente a:	ALBA	Cap/Prov:	12051 - CN	Indirizzo:	CORSO VITTORIO 1
Domicilio:		Prov:		Indirizzo Domic..:	
C.F.:	PRVPRV20A01A124N	Telefono:	1		
Accomp.:		Grado:			

DATI ACCESSO

Inviato da:	Altro	Modalità arrivo:	MEZZO PRIVATO
Problema Principale:	DEA - Cefalea	Causale:	
Motivi dell'Accesso:		Area Comp:	SALA A

Anamnesi:

Esame Obiettivo:

Sintesi Clinica:

Decorso Clinico:

Terapia Som.:	Erogata	Terapia	Qta	Note	Responsabile
---------------	---------	---------	-----	------	--------------

Rilevazioni:	Data	Ora	Parametro	Unita Misura	Valore	Operatore
--------------	------	-----	-----------	--------------	--------	-----------

Prestazioni:

25/09/2023 17:48:33 DEA-VISITA DEA/PS 89.7

ESITO

Diagnosi: DIMISSIONE PER INAIL

Esito: INVIATO A DOMICILIO

Data/Ora dimissione: 25/09/2023 17:48

Onere a carico di: SSN

Condizioni Cliniche alla dimissione:

Codice colore alla dimissione: 4 - URGENZA MINORE - VERDE

CONSIGLI

Terapie e Provvedimenti:

Controlli:

Note:

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONDOVI'
D.E.A. Tel. n.0174 677242 677243

VERBALE DI DIMISSIONE N. :		0101242023000281	Data/Ora accettazione:		25/09/2023 17:47
Cognome:	PROVA	Nome:	PROVA	Sesso:	M
Nato il:	01/01/1920	a:	ALBA	Prov.	CN
Residente a:	ALBA	Cap/Prov:	12051 - CN	Indirizzo:	CORSO VITTORIO 1
Domicilio:		Prov:		Indirizzo Domic..:	
C.F.:	PRVPRV20A01A124N	Telefono:	1		
Accomp.:		Grado:			

Alcuni farmaci prescritti potranno essere a totale carico del paziente

Se ha necessità delle immagini radiologiche può presentarsi con documento di identità e copia del referto presso l'ufficio della radiologia dalle 10 alle 15.30, o inviare un'altra persona con documento di identità, delega scritta, copia del referto e della carta di identità del paziente. Alternativamente può richiedere la spedizione a domicilio, con tariffe postali a suo carico, via mail all'indirizzo rad.mondovi@amos.piemonte.it, indicando cognome, nome, data e luogo di nascita, esami di cui si richiedono le immagini, data di esecuzione, indirizzo di spedizione, allegando copia del proprio documento.

IL MEDICO DI TURNO **GENNARI STEFANO**

Firmato Digitalmente da GENNARI STEFANO in data 25/09/2023 17:50